



HOJA DE INFORMACION DE LA SOLICITUD PARA ASISTENCIA MONETARIA, ESTAMPILLAS PARA COMIDA, Y/O BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA DE CALIFORNIA (MEDI-CAL)/ PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS DEL CONDADO (CMSP) ADMINISTRADO POR EL ESTADO

PARA SOLICITAR ASISTENCIA MONETARIA, ESTAMPILLAS PARA COMIDA, Y/O MEDI-CAL/CMSP ADMINISTRADO POR EL ESTADO, complete las secciones de la 1 a la 13 en la solicitud que se adjunta y firme la sección de certificación (sección 19). Entréguele el formulario a la oficina de bienestar público. Comuníquese con el condado si tiene una incapacidad o discapacidad y necesita ayuda para solicitar o continuar recibiendo asistencia monetaria, beneficios, y servicios.

ANTES DE PODER RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA, ESTAMPILLAS PARA COMIDA, O MEDI-CAL/CMSP ADMINISTRADO POR EL ESTADO, INCLUYENDO ASISTENCIA POR NECESIDAD INMEDIATA, ASISTENCIA PARA PERSONAS SIN HOGAR O EL SERVICIO URGENTE DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, tiene que darnos por escrito toda la información que le pedimos en su declaración de datos y/o contestar las preguntas en la entrevista para determinar su elegibilidad. Utilizaremos la información que nos dé para determinar su elegibilidad y beneficios.

EN RELACION A LA ASISTENCIA MONETARIA Y ESTAMPILLAS PARA COMIDA, para poder recibir beneficios, el condado le dirá si se necesita que se produzca una imagen computarizada de sus huellas digitales y de su cara y le dirá cuándo se necesite.

PARA RECIBIR ASISTENCIA POR NECESIDAD INMEDIATA Y/O PARA PERSONAS SIN HOGAR, tiene que parecer que reúne los requisitos para recibir asistencia monetaria. Complete el formulario que se adjunta y denos la información que le pedimos. Es posible que tenga que cumplir algunas reglas, como darnos los números de Seguro Social, tratar de obtener ingresos que estén a su disposición, y estar de acuerdo en cooperar con la oficina/agencia local de mantenimiento de hijos en relación al mantenimiento de hijos/esposa(o) y mantenimiento en relación al cuidado de la salud.

EN RELACION A LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA, un miembro adulto del grupo para fines de estampillas para comida (grupo) o el representante autorizado puede completar la solicitud y firmarla bajo pena de perjurio. Si usted no es un miembro adulto del grupo, tiene que tener una nota firmada por el jefe del grupo u otro miembro adulto del grupo, indicando que usted puede presentar la solicitud a nombre del grupo, que puede recoger las estampillas para comida, y/o usarlas para comprar los alimentos para el grupo.

ESTAMPILLAS PARA COMIDA — Fecha de elegibilidad
Si usted reúne los requisitos para recibir estampillas para comida, calcularemos sus beneficios a partir de la fecha en que presentó la solicitud. Puede solicitar estampillas para comida el primer día en que se ponga en contacto con la oficina de bienestar público.

ASISTENCIA MONETARIA POR NECESIDAD INMEDIATA

Si tiene una emergencia, es posible que pueda recibir hasta \$200 mientras tramitamos su solicitud. Será necesario que nos describa su situación de emergencia y que demuestre que no tiene ingresos ni dinero para cubrir las emergencias que aparecen a continuación:

- falta de vivienda o de alimentos
- notificación de desalojamiento de la vivienda
- falta de servicios públicos y municipales o el haber recibido aviso de que cortarán esos servicios
- falta de ropa esencial
- necesidades esenciales de transporte que no se han satisfecho
- otras clases de emergencias que sean importantes para la salud y la seguridad.

Si se niega su petición para recibir un pago por necesidad inmediata, puede volver a solicitarlo mientras tramitamos su solicitud. Avísele al condado si algo cambia.

ASISTENCIA MONETARIA PARA PERSONAS SIN HOGAR

Si usted no tiene hogar y quiere solicitar asistencia para personas sin hogar, comuníquese con el condado. La asistencia para personas sin hogar está disponible una vez en la vida, con algunas excepciones.

SERVICIOS ALTERNATIVOS DE CALWORKS*

Los servicios alternativos, que se reciben para evitar la necesidad de recibir pagos mensuales de asistencia monetaria, pueden ayudarles a los solicitantes que necesitan algún tipo de asistencia pero que no quieren o no necesitan asistencia pública. Estos servicios permiten que usted escoja entre un pago monetario global y servicios no monetarios en vez de recibir asistencia pública.

Solamente puede escoger recibir estos servicios en el momento en que solicite asistencia monetaria. Si los recibe, es posible que reúna los requisitos para recibir Medi-Cal, asistencia para el cuidado de niños y estampillas para comida.

Después de revisar su información, el condado le dirá si es elegible para recibir servicios para evitar la necesidad de asistencia a largo plazo. Si es elegible y en vez de recibir asistencia monetaria escoge recibir un pago monetario o servicios no monetarios para evitar la necesidad de asistencia a largo plazo:

- usted recibirá una notificación de negación en relación a la asistencia monetaria;
- si usted recibe asistencia monetaria más tarde, es posible que se reduzca su asistencia monetaria o el límite de tiempo que usted podrá recibir asistencia monetaria.

SOLICITANTES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA: Todo lo que tiene que hacer el día que presente su solicitud es darnos su nombre y dirección, decirnos que quiere estampillas para comida (sección 8) y firmar la solicitud (sección 19). Antes de que podamos determinar si reúne los requisitos, tiene que darnos por escrito toda la información que le pedimos en el formulario "Declaración de datos" y/o contestar las preguntas en la entrevista para determinar su elegibilidad. Se le debe notificar si reúne los requisitos antes de que pasen 30 días después de presentar la solicitud.

SERVICIO URGENTE DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

Es posible que tenga el derecho de recibir estampillas para comida antes de que pasen tres días. Las personas que forman parte de su grupo para fines de estampillas para comida tienen que reunir los requisitos del Programa de Estampillas para Comida Y TENER:

- gastos de alquiler (renta) o hipoteca y gastos de servicios públicos y municipales que sean mayores que sus recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo y los ingresos de este mes antes de las deducciones (**vea la siguiente página para ver el significado de "ingresos" y "recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo"**),
- no más de \$100 en recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo y menos de \$150 en ingresos para el mes antes de las deducciones,
- no más de \$100 en recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo, y por lo menos un miembro del grupo tiene que ser un trabajador del campo migratorio o de temporada.

Para poder recibir estampillas para comida antes de que pasen tres días, **complete las secciones de la 1 a la 17 en la solicitud adjunta**, denos toda la información que le pidamos durante su entrevista para determinar su elegibilidad y denos pruebas de su identidad.

PRESUNTA ELEGIBILIDAD (PE) PARA RECIBIR BENEFICIOS DE MEDI-CAL PARA MUJERES EMBARAZADAS

Si está embarazada, es posible que, antes de solicitar Medi-Cal regular, pueda recibir Medi-Cal temporal de ciertos proveedores médicos para muchos servicios de cuidado prenatal. Pregúntele a su doctor o clínica si ofrecen PE. Si presenta su solicitud para recibir CalWORKs o Medi-Cal a más tardar el fin del mes después del mes en que reciba una tarjeta de PE, su Medi-Cal temporal continuará hasta que la asistencia se apruebe o se niegue. Si tiene PE, dígaselo al condado y marque "SI" en ambas partes de la sección 12.

MEDI-CAL/CMSP ADMINISTRADO POR EL ESTADO - EMERGENCIAS MEDICAS/EMBARAZO

Si tiene una emergencia médica o está embarazada Y desea recibir Medi-Cal/CMSP administrado por el estado lo más pronto posible, complete las secciones de la 1 a la 13. También tiene que dar toda la información que le pidamos durante la entrevista para determinar su elegibilidad y tiene que cumplir todos los requisitos de elegibilidad.

LO QUE SIGNIFICA CUANDO DECIMOS:

- **CalWORKs:** Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños.
- **Asistencia monetaria:** asistencia proveniente de los Programas de CalWORKs y/o Asistencia Monetaria para Refugiados (RCA).
- **Servicios para evitar la necesidad de asistencia a largo plazo:** un pago monetario global o servicios no monetarios en vez de recibir asistencia monetaria.
- **Estampillas para comida:** beneficios para los hogares que tienen bajos ingresos para ayudarles a comprar alimentos.
- **Servicio urgente de estampillas para comida:** servicio para recibir estampillas para comida antes de que pasen tres días.
- **Medi-Cal:** beneficios médicamente necesarios para las personas que reúnen los requisitos.
- **Presunta elegibilidad (PE) para recibir Medi-Cal:** cobertura temporal de Medi-Cal para pacientes externos a través de ciertos doctores o clínicas para muchos servicios en consulta externa de cuidado prenatal.
- **CMSP administrado por el estado:** beneficios médicamente necesarios para personas adultas que reúnen los requisitos, que no reciben Medi-Cal, y que viven en ciertos condados rurales.
- **Medi-Cal limitado:** solamente cuidado médico de emergencia y cuidado relacionado al embarazo.
- **CMSP administrado por el estado - limitado:** cuidado de emergencia solamente.
- **Representante autorizado:** una persona seleccionada por la persona que solicita o ya recibe estampillas para comida y/o Medi-Cal, quien pueda encargarse de algunos de sus asuntos.
- **Jefe del grupo:** un miembro del grupo para fines de estampillas para comida que es la persona responsable.
- **Ingresos:** dinero que se ha recibido o se espera recibir, como:
 - ingresos ganados, asistencia pública, mantenimiento de hijos/esposa(o), Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), o beneficios del Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI);
 - Beneficios del Seguro contra Desempleo (UIB), Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI), beneficios para veteranos (VA), u otros pagos debido a incapacidad/discapacidad;
 - fondos de huelga; pagos procedentes de inquilinos y huéspedes; subvenciones y préstamos escolares;
 - regalos y premios de dinero en efectivo, y otros pagos en dinero en efectivo.
- **Recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo:** dinero que no incluya los ingresos de arriba, como:
 - dinero a la mano, cheques sin cambiar; dinero en cuentas de cheques o cuentas de ahorros; o certificados de ahorros;
 - escrituras de fideicomiso (*trust deeds*), pagarés por cobrar, acciones o bonos, etc.
- **Servicios públicos y municipales:** gas, electricidad, combustible para calentarse, teléfono (tarifa básica), instalación de estos servicios, recolección de basura, agua, alcantarillado, etc.
- **Usted, alguien, todos:** cualquier y toda persona que viva en el hogar de usted.

OTRAS COSAS QUE DEBE SABER:

- Puede solicitar, al mismo tiempo, asistencia monetaria, estampillas para comida, y Medi-Cal y tener una sola entrevista para las tres cosas.
- Tiene el derecho de completar este formulario usted mismo o de que alguien le ayude, si usted así lo pide.
- **PAGOS EXCESIVOS/EMISIONES EXCESIVAS:** Significa que recibió más asistencia monetaria o beneficios de lo que debería haber recibido. Tendrá que reembolsar el exceso aun cuando el condado cometió el error. Su asistencia monetaria o estampillas para comida se reducirán o se descontinuarán. Es posible que cambie su parte del costo de Medi-Cal/CMSP administrado por el estado.
- **FRAUDE Y PERJURIO:** El fraude y el perjurio son delitos. La ley dice que usted tiene que firmar una declaración de sanción por perjurio en la mayoría de los formularios para poder recibir y para seguir recibiendo asistencia monetaria, estampillas para comida, y Medi-Cal/CMSP administrado por el estado. Perjurio significa que usted mintió cuando prometió bajo juramento que iba a proporcionar información que fuera

verdadera, correcta y completa. Si usted miente acerca de la información o a propósito no nos da toda la información o no nos informa de todas las situaciones que afectan su elegibilidad y el nivel de los pagos de asistencia, puede ser acusado de fraude.

- **Si se determina que usted es culpable de haber cometido fraude, es posible que reciba una multa de hasta \$10,000 en casos de asistencia monetaria y \$250,000 en casos de estampillas para comida, y/o que se le encarcele por tres años en casos de asistencia monetaria y por 20 años en casos de estampillas para comida. La asistencia monetaria y/o las estampillas para comida se pueden descontinuar durante 6 meses, 12 meses, 2 años, 4 años, 5 años, 10 años, 20 años, o para siempre. La asistencia monetaria para refugiados se puede descontinuar durante 3 meses y 6 meses.**
- **REGLAS ACERCA DEL NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN):** Por medio de computadoras, comparamos los SSN con expedientes de oficinas de impuestos, bienestar público, empleo, la Administración del Seguro Social y otras oficinas para asegurarnos de que está reportando todos sus ingresos y recursos. Es posible que verifiquemos las diferencias con patrones, bancos, y/u otros. También comparamos los SSN para asegurarnos de que no esté recibiendo asistencia en más de un caso, o en otro condado o estado. En relación a la asistencia monetaria y las estampillas para comida, comparamos los SSN con los expedientes de las oficinas encargadas del orden público para determinar si está pendiente alguna orden de arresto.

Asistencia monetaria y estampillas para comida: Usted tiene que darnos el SSN de cada solicitante/beneficiario de asistencia monetaria y/o estampillas para comida. Si se niega a darnos ya sea el SSN o pruebas de que ha solicitado el SSN, no podrá recibir asistencia monetaria ni estampillas para comida. Para asistencia monetaria, tiene que darnos los SSN o pruebas de que los ha solicitado, antes de que pasen 30 días a partir de la fecha en que presentó su solicitud, y tiene que darle los SSN al condado cuando los reciba.

Medi-Cal/CMSP administrado por el estado: Se le pide a cada solicitante de Medi-Cal/CMSP administrado por el estado que tiene un SSN, que se lo proporcione al condado. Cualquier ciudadano o nacional de los Estados Unidos (EE. UU.), inmigrante bajo amnistía que tenga un documento I-688 válido y actual, inmigrante con residencia legal permanente en los EE. UU. (LPR), o inmigrante con residencia permanente en los EE. UU. a discreción gubernamental (PRUCOL) que se niegue a dar el SSN o pruebas de haber solicitado un SSN, no podrá recibir Medi-Cal/CMSP administrado por el estado. Cualquier inmigrante que no tenga un SSN y que no sea un inmigrante bajo amnistía con un I-688 válido y actual, o un LPR o PRUCOL, aún puede recibir beneficios limitados de Medi-Cal/CMSP administrado por el estado, si él o ella cumple todas las reglas de elegibilidad, incluyendo la residencia en California.

QUEJAS

Si piensa que se le ha discriminado, comuníquese con el representante del condado para los derechos civiles o escriba a la Oficina Estatal de Derechos Civiles: State Civil Rights Bureau P.O. Box 944243 Sacramento, CA 94244-2430; o llame por cobrar al (916) 654-2107; o para las personas con problemas de sordera o de habla que usan aparatos de telecomunicaciones para las personas sordas (TDD), llame al 1-(916) 654-2098.

Para otras clases de quejas, primero comuníquese con el condado. Si usted y el condado no pueden ponerse de acuerdo, escriba a la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público (PIAR): Public Inquiry and Response (PIAR) 744 P Street, M.S. 20-23 Sacramento, CA 95814; o llame al teléfono 1-(800) 952-5253; o las personas con problemas de sordera o de habla que usan TDD, pueden llamar al 1-(800) 952-8349.

AUDIENCIAS CON EL ESTADO

Tiene que solicitar la audiencia antes de que pasen 90 días a partir de la acción del condado y tiene que decir por qué quiere una audiencia. Puede solicitar una audiencia con el estado escribiéndole a la oficina local de bienestar público de su condado o llamando a uno de los teléfonos de PIAR que aparecen más arriba, si:

- no está de acuerdo con cualquier acción que tome el condado; o
- está solicitando una audiencia con el estado relacionada a la asistencia monetaria, estampillas para comida, o Medi-Cal; o
- cree que no está recibiendo los servicios apropiados del CMSP administrado por el estado.

Para apelar cualquier asunto relacionado a la elegibilidad para el CMSP administrado por el estado, **solamente puede escribirle** a su condado.

SOLICITUD PARA ASISTENCIA MONETARIA, ESTAMPILLAS PARA COMIDA, Y/O BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA DE CALIFORNIA (MEDI-CAL)/PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS DEL CONDADO (CMSP) ADMINISTRADO POR EL ESTADO

Antes de completar esta solicitud, lea la hoja de información. Si necesita más espacio para contestar, escriba en el reverso de esta hoja.

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE (NOMBRE, INICIAL DEL NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)		2. NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)	
3. NOMBRE DE SOLTERA U OTRO NOMBRE (SI LO HAY)		2A. FECHA DE NACIMIENTO	
4. DIRECCION DEL HOGAR: NUMERO CALLE		5. DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE)	
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL		CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL	
6. NUMEROS DE TELEFONO: DEL HOGAR ()		DEL TRABAJO () PARA MENSAJES ()	
7. ¿Es permanente la dirección de su hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO TENGO HOGAR Si no es permanente, por favor explique:			
8. ¿Está alguien solicitando: Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Medi-Cal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Estampillas para comida <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CMSP administrado por el estado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cualquier otro programa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es "SI", explique:			
9. ¿Alguna vez alguien ha solicitado o recibido asistencia o beneficios, incluyendo Medi-Cal/CMSP administrado por el estado/ asistencia médica en otro estado (Medicaid), o servicios monetarios o no monetarios para evitar la necesidad de asistencia a largo plazo? Si su respuesta es "SI", anote: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
NOMBRES QUE HA USADO		CLASE DE ASISTENCIA/BENEFICIO FECHAS EN QUE SE RECIBIO	
		¿DONDE SE RECIBIO? (CONDADO/ESTADO/PAIS)	

SOLO PARA USO DEL CONDADO

CASE NAME

CASE NUMBER

DATE RECEIVED

TYPE OF APPLICATION:

CA: CA RCA
 FS: Initial Recert Rest
 MC: **CMSP:**

Homeless:
 FS: YES NO
 CA: YES NO CW 42

Pickle Screening

10. La ley dice que tenemos que anotar su grupo étnico, raza, e idioma. Esto no afectará su elegibilidad para recibir beneficios.

A. Grupo étnico Blanco Hispano Negro Filipino Guameño
 Hindú Indio (indígena) de Alaska Indio (indígena) de los EE. UU. de América
 Laosiano Camboyano Japonés Coreano Chino Samoano
 Vietnamita Hawaiano Otro grupo asiático o isleño del Pacífico (especifique): _____

B. Idioma Inglés Cantonés Laosiano Tagalo Idioma americano de señas
 Español Camboyano Vietnamita Ruso Otro (especifique): _____

11. ¿Es alguien un trabajador del campo migratorio o de temporada? SI NO

12. ¿Está alguien embarazada? SI NO Si su respuesta es "SI", ¿recibió ella una tarjeta de presunta elegibilidad? SI NO

13. ¿Tiene alguien alguna emergencia personal? Si su respuesta es "SI", marque (✓) la clase: SI NO
 Necesidad médica inmediata Embarazo Abuso de niños Abuso de esposa(o)
 Abuso de personas de edad avanzada Otra emergencia que amenaza la salud o la seguridad (explique): _____

Ethnic Group:

Race:

Primary Language:

CA I.N.
 Denied/NOA prep
 Approved
 Expedited Grant
 Applicant requested
 CWD to complete SAWS 1

(_____) (Initials)

FS E.S.
 E.S. questions not completed
 Screened for E.S.
 Date _____
 (_____) (Initials)

FS Referral for:
 E.S. Processing
 Regular Processing

CWD records cleared
 MEDS CDB cleared
 IEVS initiated

Copy of SAWS 1 and coversheet given to applicant

SI NECESITA: UN PAGO DE ASISTENCIA MONETARIA POR NECESIDAD INMEDIATA CONTESTE DEL 14 AL 18. SERVICIO URGENTE DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA CONTESTE DEL 14 AL 17.

14. ¿Cuánto tienen todos, incluyendo a los niños, en recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo? <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo, cheques sin cambiar o giros \$ _____ <input type="checkbox"/> Cuentas de cheques/ahorros o en la unión de crédito \$ _____ <input type="checkbox"/> Escrituras de fideicomiso, pagarés por cobrar, acciones, o bonos \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro (explique) \$ _____	17. ¿Cuál es la cantidad de sus gastos de servicios públicos y municipales que no están incluidos en su alquiler este mes? \$ _____
	18. ¿Ha recibido una notificación de desalojamiento, u otra informándole que pague o se salga?
	¿Le cortaron o recibió aviso de que le van a cortar los servicios públicos y municipales?
	¿Se le acabará la comida en 3 días o menos?
15. ¿Cuánto recibieron o recibirán todos, incluyendo a los niños, en ingresos este mes? Fecha Cantidad Fecha Cantidad _____ \$ _____ \$ _____ _____ \$ _____ \$ _____	¿Necesita ropa esencial, tal como pañales o ropa necesaria para el frío?
16. ¿Cuánto es su alquiler o hipoteca este mes? \$ _____	¿Necesita ayuda en relación a transporte para obtener alimentos, ropa, cuidado médico u otros artículos de emergencia?

- Certifico que recibí una copia de la hoja de información. Entiendo y estoy de acuerdo de que tengo que cumplir las reglas de elegibilidad, algunas de las cuales quizás tenga que cumplir antes de que se me pueda dar cualquier clase de asistencia. Entiendo que es posible que se comprueben y verifiquen las declaraciones que he hecho en este formulario.
- Certifico que si es que solicité estampillas para comida, el condado me informó acerca de mi derecho al servicio urgente de estampillas para comida.
- **Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta, y completa.**

19. FIRMA (O MARCA) DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA EN QUE FIRMO
FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIO LA MARCA, O DEL INTERPRETE	FECHA EN QUE FIRMO

TRANSITIONING CASE NUMBER

COUNTY OF APPLICATION

COUNTY OF RESIDENCE (IF DIFFERENT)